

Пациент подлежит лечению в соответствии с клиническим диагнозом раннего сифилиса. Клинический диагноз позднего сифилиса подтверждается положительными результатами не менее чем в двух ТТ. Пациент подлежит лечению в соответствии с клиническим диагнозом позднего сифилиса. При отрицательном результате скрининга пациент не подлежит дальнейшему серологическому обследованию на сифилис. Лечение не проводится.

**Выводы.** Несмотря на множество существующих методов диагностики сифилиса в стратегии тестирования и выявления, в том числе и скрыто протекающих форм серологические лабораторные тесты в количественном варианте являются приоритетными.

**Литература:**

1. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. – М. : Мед.лит., 2006. – С. 430–472.

**УДК 616.517:616.72-002**

**СЛУЧАЙ БЕССИМПТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИЕЙ**

*Сикора А.В. Морозевич А.С.*

УЗ «Новополоцкая центральная городская больница. Кожно-венерологический диспансер»

**Введение.** Псориазная ониходистрофия является важным клиническим проявлением псориаза и характеризуется многочисленными симптомами поражения ногтевого ложа и ногтевого матрикса. К изменениям ногтевого ложа относятся подногтевой гиперкератоз, онихолизис, симптом «масляного пятна», продольные геморрагии (геморрагии в виде «занозы»). Поражения ногтевого матрикса (собственно ногтевой пластинки) включают точечные вдавления (симптом «наперстка»), лейконихии, разрушение ногтя (крошение), красные пятна в области ногтевой лунки, поперечные борозды (линии Бо), онихомадезис (отторжение проксимального края ногтя), онихорексис (продольное расщепление ногтевой пластинки), продольные гребни. Псориаз ногтевых пластин считается важным прогностическим фактором в развитии псориазного артрита [1, 2]. Различные визуализирующие исследования показали, что среди пациентов с псориазом присутствует существенное число случаев недиагностированного псориазного артрита. Поскольку раннее выявление и лечение псориазного артрита могло бы, в конечном счете, позволить предотвратить клиническое и радиологическое развитие болезни, существует необходимость установить клинические параметры определения риска заболевания. Кроме изучения взаимосвязи псориазной ониходистрофии и псориазного артрита, в последнее время в литературе уделяется большое внимание диагностике энтезита, как начального проявления псориазного артрита [1, 2, 3]. Энтезит – воспаление в местах прикрепления сухожилий, связок и капсулы сустава к костям (энтезис), которое клинически проявляется болью, ограничением движения, припухлостью в точках энтезисов. Диагностика энтезитов включает ультразвуковое исследование. При воспалительном процессе энтезис теряет нормальную фибриллярную эхогенность, утолщается, могут наблюдаться отложения [4].

**Цель работы.** Описать клинический случай бессимптомного поражения суставов кистей у пациента с псориазной ониходистрофией.

**Материал и методы.** Обследовался пациент К., 27 лет на базе УЗ «Новополоцкая центральная городская больница. Кожно-венерологический диспансер». Применялись следующие методы обследования: клинический, дерматоскопия, рентгеноскопия, УЗ - исследование.

**Результаты.** Пациент болеет в течении лет 12 лет, изменение ногтей в течение 5 лет. Семейный анамнез по псориазу не отягощен. На момент осмотра на коже туловища, конечностей и волосистой части головы определяются псориазные папулы и бляшки с положительным феноменом Ауспитца. Индекс PASI – 15. Припухлости пальцев кистей в момент осмотра нет. Болезненности при движении, пальпации в области суставов кистей не наблюдается. При визуальном осмотре ногтевых пластин кистей и стоп: цвет пораженных ногтей кистей мутно-розовый, визуально ногтевые пластинки имеют «истыканность», мелкие темно-коричневые вкрапления, ногти стоп утолщены, желтоватого цвета, наблюдается «истыканность». При дерматоскопии определяются обильные точечные вдавления, подногтевые геморагии, подногтевой гиперкератоз, крошение ногтевых пластин. Индекс NAPSI -124. Анализ на грибы отрицательный с кожи и ногтей стоп и кистей. Лабораторные данные: л-7.89  $10^9$  л, СОЭ-5мм/ч, СРБ-1.4 е/л (норма до 6 е/л), РФ- 6,3 е/л (норма до 30 е/л).

**Ультразвуковое исследование** (датчик 12 МГц): Правая кисть: количество внутрисуставной жидкости увеличено значительно, структура жидкости однородная. Суставные щели не сужены, сухожилия однородной структуры, повышенной эхогенности. Толщина сухожилий – 3 мм. Контуры костей четкие, ровные, остеофиты не визуализируются. Выявлено усиление сосудистого рисунка при ЦДК. Левая кисть: количество внутрисуставной жидкости увеличено незначительно, структура жидкости однородная. Суставные щели не сужены, сухожилия однородной структуры, повышенной эхогенности. Толщина сухожилий – 3 мм. Контуры костей четкие, ровные, остеофиты не визуализируются. Выявлено усиление сосудистого рисунка при ЦДК. Рентгенограмма кистей №19-80889 от 22.10.19. Заключение: костно – травматических и деструктивных изменений не выявлено.

**Обсуждение.** В большинстве клиник диагноз псориазного артрита устанавливается на основании критериев CASPAR, где основным признаком является наличие у пациента артрита, спондилита или энтезита. В нашем наблюдении обращает на себя внимание отсутствие жалоб со стороны пациента, видимых клинических и рентгенологических признаков этих заболеваний. Ультразвуковое исследование указывает на наличие воспалительных явлений в энтезисе и суставах. Наличие остальных диагностических критериев псориазного артрита у пациента позволяет установить этот диагноз.

**Выводы.** Таким образом, наше наблюдение указывает на необходимость обследования пациентов с псориазной ониходистрофией для исключения/подтверждения энтезита суставов кистей. УЗИ может быть информативным и безопасным методом, однако, необходимы дальнейшие, более многочисленные исследования с целью определения его диагностической значимости, а также установления взаимосвязи между клиническими проявлениями ониходистрофии и энтезита.

#### **Литература:**

1. Nail psoriasis: a review of the literature / K. R. Schons [et al.] // An. Bras. Dermatol. – 2014. – Vol, 89, № 5. – P. 495–499.
2. Nail involvement in psoriatic arthritis / P. Sobolewski [et al.] // Reumatologia. – 2017. – Vol, 55, № 3. – P. 131–135.
3. Диагностическая значимость клинического осмотра и ультразвукового исследования энтезисов для раннего выявления псориазного и ревматоидного артрита (исследование РЕМАРКА) / Т.В. Коротаева [и др.] // Научно – практическая ревматология. – 2013. – Т. 51, № 5. – С. 495–499.
4. Балабанова, Р.М. Энтезиты: диагностика, лечение / Р.М. Балабанова // РМЖ – 2012. – № 11. – С. 538–540.